

IMPORTANTE!

Il presente modulo deve pervenire entro dieci giorni naturali dalla data di spedizione dell'ultima determinazione dell'importo del sussidio. **Scriva in stampatello in modo chiaro, altrimenti non saremo in grado di elaborare il modulo.**

ASSICURAZIONE PER LA DISOCCUPAZIONE Richiesta di un periodo base alternativo

Scriva in stampatello in modo chiaro:

Cognome: _____ Nome: _____ Iniziale Secondo Nome: _____

Indirizzo: _____

Città: _____ Stato: _____ Cap: _____

Domanda Valida/Data Inizio: ____ / ____ / ____ N. Previdenza Sociale: XXX-XX- ____

Regole per la compilazione del modulo

Se desidera usare il periodo base alternativo per ottenere un sussidio settimanale più elevato:

- Inserire i dati qui sotto usando inchiostro nero o blu.
- Allegare eventuali documenti attestanti l'attività lavorativa e la retribuzione, per esempio: cedolini, modelli W-2, modelli 1099, coupon, assegni, mance, bonus, pasti, alloggio, commissioni, retribuzione per ferie e altri documenti relativi all'impiego, all'assunzione e/o ai pagamenti ricevuti.
- Fotocopiare tutti i documenti su fogli di dimensione 8 1/2 X 11 su una sola facciata. Non inviare gli originali.
- Su ogni allegato scrivere il proprio nome, le ultime quattro cifre del numero di previdenza sociale e il numero di telefono.
- Questo modulo compilato e tutti gli allegati devono pervenire entro il termine indicato sopra nel messaggio **IMPORTANTE! Scrivere in stampatello in modo chiaro.**

Se la retribuzione per il suo ultimo trimestre di lavoro completato ha superato la retribuzione del trimestre col compenso più elevato indicata nella determinazione dell'importo del sussidio, usare il periodo base alternativo può essere utile per ottenere un sussidio più elevato. Se sceglie di utilizzare il periodo base alternativo per la domanda, non potrà più usare la relativa retribuzione in futuro per altre richieste di sussidio.

Operazione 1 Informazioni sull'ultimo trimestre

L'ultimo trimestre solare (gen-mar, apr-giu, lug-set, ott-dic) completato prima della data di validità della richiesta è stato il trimestre che va dal:

____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Guardi le date del trimestre indicate nell'ultima determinazione dell'importo del sussidio e confronti la retribuzione del trimestre del periodo base alternativo con la sua documentazione, quindi scelga la casella appropriata e proceda a effettuare l'operazione indicata.

La retribuzione del trimestre del periodo base alternativo è errata o non indicata (procedere all'operazione 2)

La retribuzione del trimestre del periodo base alternativo è esatta (procedere all'operazione 3)

Operazione 2 Informazioni sulla retribuzione

Inserire le informazioni richieste qui sotto, allegare documenti attestanti la retribuzione e aggiungere un foglio se è necessario inserire dati per più di (3) tre datori di lavoro

Nome Datore Di Lavoro: _____ Retribuzione Lorda Trimestrale: \$ _____

Indirizzo Datore Di Lavoro: _____ Città: _____

Stato: _____ Cap: _____ Se è stata prestata un'attività lavorativa fuori dallo stato di New York, indicare in quale stato: _____

Nome Datore Di Lavoro: _____ Retribuzione Lorda Trimestrale: \$ _____

Indirizzo Datore Di Lavoro: _____ Città: _____

Stato: _____ Cap: _____ Se è stata prestata un'attività lavorativa fuori dallo stato di New York, indicare in quale stato: _____

Nome Datore Di Lavoro: _____ Retribuzione Lorda Trimestrale: \$ _____

Indirizzo Datore Di Lavoro: _____ Città: _____

Stato: _____ Cap: _____ Se è stata prestata un'attività lavorativa fuori dallo stato di New York, indicare in quale stato: _____

Operazione 3 Dichiarazione

Certifico che le informazioni indicate qui sopra sono esatte per quanto di mia conoscenza e sono consapevole delle sanzioni previste in caso di falsa dichiarazione. Sono consapevole del fatto che utilizzando il periodo base alternativo tale retribuzione non potrà più essere utilizzata per una richiesta successiva.

Firma obbligatoria

____ / ____ / ____ (____) _____ - _____
Data Prefisso Tel. N. Tel.

Operazione 4 Istruzioni per la spedizione

Il modulo e tutti gli allegati devono pervenire entro il termine indicato sopra nel messaggio **IMPORTANTE!**

FAX: 518-457-9378 Questo modulo è la prima pagina Indicare numero totale di pagine _____

O POSTA: New York State Department of Labor, P.O. Box 15130, Albany, NY 12212-5130

Richiedi il sussidio settimanale online o chiamando il servizio di assistenza telefonica

Per maggiori informazioni visiti il nostro sito web www.labor.ny.gov

Per assistenza, consulti il libretto informativo per i richiedenti